**INDIANA CRIMINAL JUSTICE INSTITUTE
VIOLENT CRIME COMPENSATION FUND**

One North Capitol Suite 1000
Indianapolis, Indiana 46204-2038
Telephone: 1-800-353-1484

En 1978 la Asamblea General de Indiana aprobó una ley que, por primera vez en Indiana, proporcionaba asistencia financiera a las víctimas de crímenes violentos.

- 1 El solicitante deberá ser la víctima, cónyuge sobreviviente o menor dependiente de la víctima de un crimen violento, que comprende también aquellos casos donde se presente evidencia de manejo en estado de ebriedad.
  - 2 El crimen deberá haber ocurrido dentro del Estado de Indiana.
  - 3 El crimen deberá haber sido reportado a la policía dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al acontecimiento y la víctima o el solicitante deberá cooperar con las autoridades competentes vinculadas al crimen.
  - 4 La víctima deberá haber incurrido en gastos médicos que superen los \$100.00 como resultado del crimen. Se tomarán en cuenta gastos tales como asesoría, pérdida de ingresos y gastos funerales una vez que se haya cubierto el mínimo. (*Se dispone de un máximo de \$15,000.00 para este beneficio*)
  - 5 La víctima no deberá haber contribuido al crimen.
  - 6 En circunstancias especiales, se aconseja a los solicitantes entrar en contacto con la División de sus abogados para obtener mayor información sobre los requisitos necesarios.
-
- 1 La solicitud de beneficios deberá presentarse ante esta oficina a más tardar a los 180 días de la fecha del crimen. La víctima o el solicitante deberá llenar y firmar la solicitud.
  - 2 La solicitud deberá llenarse en persona o enviarla por correo.
  - 3 En el caso de que el solicitante sea menor de edad (menor de 18 años), uno de los padres o el representante legal deberá firmar. En este caso, debe incluirse junto con el formulario una copia certificada de la tutela del menor.
  - 4 Envíe el formulario original a la División, a la dirección que se encuentra al comienzo de esta hoja.
  - 5 **POR FAVOR AVISE A LA DIVISIÓN DE CUALQUIER CAMBIO DE NOMBRE, DIRECCIÓN O TELÉFONO.**

Para mayor información por favor comuníquese con la oficina al número telefónico indicado arriba

SEGURO

¿Las lesiones sufridas están cubiertas bajo alguno de los siguientes?

 Medicare Medicaid Compensación del trabajador Síndico del Condado

Monto del seguro médico y del auto \$ _____

Compañía(s) _____

Compañía de Servicios de Médicos _____ Cobertura _____

Como resultado del crimen, ¿recibe alguno de los siguientes beneficios?

Beneficio de incapacidad del Seguro Social \$ _____ Mensual

Beneficio de sobrevivientes del Seguro Social \$ _____ Mensual

Beneficio del seguro de vida \$ _____ TOTAL

¿Es usted el beneficiario? Sí No

Beneficio de Compensación del Trabajador \$ _____ Semanal

Beneficio del empleador por incapacidad \$ _____ Semanal/Mensual

INFORMACIÓN DE TRABAJO

Nombre del lugar de trabajo de la víctima

Teléfono del trabajo

( )

Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)

EXONERACIÓN

A través de la presente eximo a la División de Compensación por Crímenes Violentos del Estado de Indiana de cualquier responsabilidad relacionada con el procesamiento y pago de esta solicitud. Si ésta fuera a probada y el estado de los fondos usados para dicha compensación fuera tal que se necesitara prorratar el pago, eximo y exoneró a la División de Compensación por Crímenes Violentos de cualquier responsabilidad de realizar pagos más allá de lo que he recibido de los fondos.

SUBROGACIÓN

A través de la presente el solicitante asegura que no ha hecho ni hará ningún convenio o ha llegado a ningún acuerdo con terceras partes que pudieran ser responsables de daños al solicitante; y éste, en vista de cualquier pago o donación de parte de la División de Compensación por Crímenes Violentos, de acuerdo con el IC 5-2-6.1-22, por este medio releva al Estado de Indiana de la continuación de dicho pago o donación, de conformidad con lo establecido en el estatuto. Por la presente el solicitante autoriza al Estado de Indiana a demandar en su nombre, a expensas del Estado de Indiana, otorgando su cooperación absoluta en dicho procedimiento, para ejecutar todos los documentos e instrumentos y hacer todo lo necesario para obtener el derecho a presentar dicho caso.

CONSENTIMIENTO DE PAGO A LOS PROVEEDORES

A través de la presente doy mi permiso y mi consentimiento para que si se efectúa una donación, cualquier monto adeudado a proveedores de servicios médicos u otra institución o persona indicada, incluyendo honorarios los profesionales de mi abogado, sea cancelado directamente a dicha entidad por intermedio de la agencia, sin necesidad de pagárseme a mí.

AUTORIZACIÓN PARA DESGLOSAR INFORMACIÓN

A través de la presente autorizo a cualquier hospital, médico o individuo que haya atendido o examinado a _____ cualquier persona al cuidado o que haya prestado servicios; cualquier empleado de la víctima; policía u otra autoridad municipal u oficina, o a las autoridades públicas; cualquier compañía u organización de seguros, o sus representantes, a presentar toda la información relevante al incidente que trajo como resultado la lesión o muerte de la víctima y fundamenta la solicitud de beneficios aquí presentada. La copia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como su original.

Yo, el solicitante, por este medio doy fe, so pena de castigo por perjurio, de que las declaraciones aquí contenidas son verdaderas, a mi mejor saber y entender, y se realizaron con el fin de persuadir al Estado de Indiana a hacerme entrega de los beneficios por las pérdidas sufridas, tal y como se describieron anteriormente, a través del Fondo de Compensación para Víctimas de Crímenes Violentos, como lo dispone el IC 5-2-6.1-40.

Firma del solicitante

Fecha